

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“MIEDO AL PARTO COMO FACTOR DE AUMENTO EN EL ÍNDICE
DE CESÁREAS. UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL HOSPITAL
UNIVERISTARIO”**

POR

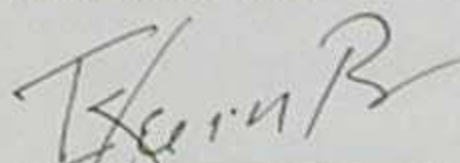
DRA. DENIZ GABRIELA ZAPATA SANDOVAL

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

FEBRERO 2021

**MIEDO AL PARTO COMO FACTOR DE AUMENTO EN EL
ÍNDICE DE CESÁREAS. UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO**

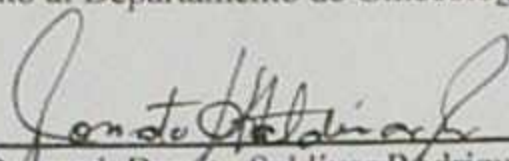
Aprobación de la Tesis:



Dr. José Luis Iglesias Benavides

Director de tesis

Profesor adscrito al Departamento de Ginecología y Obstetricia



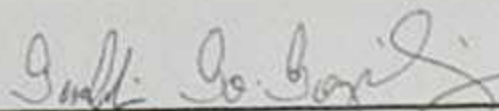
Dr. med. Donato Saldivar Rodriguez

Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. med. Abel Guzmán López

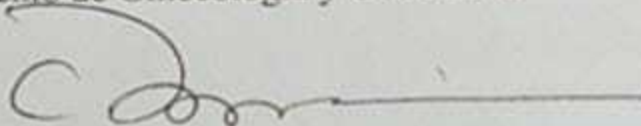
Jefe del Servicio de Obstetricia



Dra. Sci. Geraldina Guerrero González

Coordinadora de Investigación

Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, mis papás Leonel y Claudia, por creer en mi desde el primer día y que sin su amor no hubiera logrado esta meta. A mis hermanas Daniela y Devany que me ayudaron a no sentirme sola y hacer que este camino fuera más llevadero.

A mi mejor amigo Juan Carlos, que lo considero parte de mi familia, por su apoyo y por haberme escuchado y comprendido durante estos 4 años.

A mis compañeras de residencia Cristina, Viridiana y Mericia porque sin su amistad y consejos éste camino hubiera sido más difícil.

DEDICATORIA

A mis padres que con sacrificio me brindaron la oportunidad de elegir la carrera que siempre he amado, aunque el camino ha sido largo y difícil, siempre han estado de manera incondicional.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I. Resumen.....	8
Capítulo II. Marco teórico.	10
Capítulo III. Objetivos e hipótesis	21
Capítulo IV. Material y métodos	23
Capítulo V. Resultados.....	32
Capítulo VI. Discusión	40
Capítulo VII. Conclusión	48
Capítulo VIII. Referencias	49
Capítulo IX. Anexos.....	56
Capítulo X. Abstract	66
Capítulo XI. Resumen autobiográfico	68

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes.	32
Tabla 2. Características obstétricas de las pacientes.	33
Tabla 3. Miedo al parto en nuestra población de estudio.	33
Tabla 4. Comparación de las preguntas de la escala de miedo al parto en nuestra población de estudio antes y después del parto	35
Tabla 5. Miedo al parto antes y después del parto según la vía de nacimiento y el antecedente de gestaciones.	37
Tabla 6. Comparación de puntaje de W-DEQ para miedo al parto de acuerdo con la vía de nacimiento y antecedente de gestas, antes y después del parto. .	38
Tabla 7. Correlación entre la edad de la paciente, la edad gestacional y el puntaje de W-DEQ previo al parto.	38
Tabla 8. Comparación de puntaje de W-DEQ para miedo al parto de acuerdo con la ocupación de la paciente, el tener pareja o la escolaridad.	39

Capítulo I. Resumen

Introducción: Para algunas mujeres, el parto puede suponer una amenaza de daño y dolor que puede generar un miedo intenso. Esta sensación de miedo suele generar un malestar psicológico materno, por lo que se considera un factor de riesgo en diversas complicaciones durante el parto.

Objetivo: Conocer si el miedo al parto se asocia a factores sociodemográficos y factores médico-obstétricos en pacientes embarazadas cursando el tercer trimestre del embarazo antes del parto y en el puerperio.

Material y método: Estudio longitudinal, comparativo, observacional. Se realizaron 205 encuestas de pacientes con diagnóstico de embarazo antes del parto, en el área de consulta de embarazo de bajo riesgo, y después del parto, en el área de Maternidad del Hospital Universitario. Se evaluó miedo al embarazo por medio de la escala W-DEQ y se obtuvieron variables sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes y el desenlace de desembarazo. Se comparó el grado de miedo antes y después del parto y su relación con las variables mencionadas.

Resultados: Se encuestaron 205 mujeres cuya edad fue 23.1 ± 5.9 años, 110 (53.7%) fueron primigestas y 95 (46.3%) multigestas. La prevalencia de miedo severo al parto en nuestras pacientes fue del 0.5% ($n=1$) antes del desembarazo. Independientemente de la vía de desembarazo o el antecedente de gestas, el miedo disminuye posterior al parto. Las pacientes sometidas a cesárea presentaron mayor puntaje de la escala W-DEQ antes ($P=0.004$) y después ($P=0.015$) del parto y las pacientes con parto previo tuvieron menor puntaje de

miedo por W-DEQ antes del parto ($P < 0.001$). No encontramos asociación de otras variables con miedo al parto.

Conclusiones: La prevalencia de miedo al parto en nuestra población es baja. En general disminuye el nivel de miedo posterior al parto. Las mujeres primigestas y con atención obstétrica por cesárea presentaron mayor nivel de miedo.

Palabras claves: Miedo al parto; cesárea; nuligestas

Capítulo II. Marco teórico.

1. Antecedentes

La cesárea se introdujo en la práctica clínica como un procedimiento para salvar la vida de la madre ante un parto obstruido y con peligro de muerte. Con el tiempo la salud del feto fue tomando importancia hasta que en la actualidad, la mayoría de las indicaciones de operación cesárea son fetales. Como otros procedimientos de cierta complejidad, su uso sigue un patrón de inequidad del mundo a la atención médica: infrautilizada en entornos de bajos ingresos y el uso innecesario, a veces exagerados, en entornos de ingresos medios y altos. (1)

Varios estudios han demostrado una asociación inversa entre las tasas de cesárea y la mortalidad materna e infantil a nivel poblacional en países de bajos ingresos, donde grandes sectores de la población carecen de acceso a atención obstétrica básica. Por otro lado, las tasas de cesárea por encima de cierto límite no han mostrado beneficios adicionales para la madre o el bebé y algunos estudios, han demostrado que las altas tasas de cesárea podrían estar relacionadas con consecuencias negativas en la salud maternoinfantil. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que los nacimientos mediante operación cesárea deben oscilar entre 10 y el 15% o 15 a 20%. Según la

NOM-0074, la cesárea disminuye los riesgos de salud materna y neonatal; sin embargo, cuando se utiliza sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los beneficios, lo que genera diversas complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud. (3)

Actualmente esta práctica clínica varía entre países; en los de bajos ingresos existe una subutilización, mientras que en los de medianos y altos ingresos hay una práctica adecuada o sobreutilización. En el ámbito mundial se efectúan aproximadamente 18.5 millones de cesáreas anuales, de las cuales la mitad son consideradas como innecesarias y ocasionan un costo excesivo de aproximadamente 5.4 veces más que lo esperado para la atención del nacimiento. En el comparativo mundial de práctica de cesáreas sin indicación médica, México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA), con el mayor número de cesáreas innecesarias. (3)

En las últimas décadas en México se ha registrado un incremento de dicha práctica que supera con mucho el límite máximo recomendado por indicación médica. (3) Este aumento no ha producido ningún beneficio global para el bebé o la madre, pero sí está vinculado con una mayor morbilidad para ambos (doble riesgo de morbilidad materna grave y de mortalidad materna y doble riesgo de obtener pobres resultados fetales), así como con un mayor número de partos pretérmino y muerte neonatal y con acretismo placentario en el embarazo subsiguiente en aquellas mujeres con antecedente de cesárea. (4)

De acuerdo con información del IMSS en 2012, el costo aproximado de un parto vaginal y de una cesárea, ambos procedimientos con dos días de hospitalización son de 17 400 pesos y de 21 600 pesos, respectivamente, en tanto que en uno de los hospitales privados más prestigiosos del Distrito Federal estos costos se elevan a 32 000 pesos en un parto vaginal y a 40 800 pesos en una cesárea. Los costos en el hospital privado no incluyen los honorarios médicos, estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos de anestesia y especiales o equipo láser. (3)

Al analizar y comparar la práctica de cesáreas en los últimos años en México se identifica que, de acuerdo con lo reportado por las mujeres que participaron en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012, ha habido un incremento de 50.3% de esta práctica en doce años, al pasar de 30.0 a 45.1%. Por otro lado, la práctica de la cesárea por tipo de sector de realización también se incrementó de 2000 a 2012 en 33.7% en el sector público (de 30.6 a 40.9%) y en 60.4% en el privado (de 43.4 a 69.6%), con lo que se amplía la brecha entre los sectores a través del tiempo. (3)

La información reportada por las mujeres de 2000 a 2012 sobre el lugar donde atendieron el parto de su último hijo nacido vivo, muestra un aumento en el número de cesáreas en todas las instituciones de salud, pero esto es más marcado para el ISSSTE/ISSSTE Estatal (43 y 68%, respectivamente) y el sector privado (hospitales, clínicas y consultorios) (43 y 70%, respectivamente).

Adicionalmente, en 2012 la mayor proporción de cesáreas programadas se efectuaron en este último ámbito (39.6 vs. 15.6%). (3)

Desde el año 2000 todas las entidades federativas (a excepción de Chiapas y Oaxaca) rebasan el límite máximo recomendado de esta práctica clínica (<20%); doce años después, 22 entidades del país duplican el número de cesáreas esperadas. (3)

Tomando en consideración la información de la ENSANUT 2012 sobre el orden de nacimiento de los partos ocurridos de 2007 a 2012, se observa una tendencia mayor de realización de cesárea cuando el parto es el primero o el segundo (50.5 y 51.2%, respectivamente) propensión que disminuye a partir del tercero (43.9%) al sexto y más nacimientos (22.7%). Este comportamiento se acentúa en las mujeres de 20 años en adelante, de modo que las de 35 o más años tienen porcentajes extremadamente elevados de realización de este procedimiento quirúrgico, sobre todo cuando el orden de nacimiento es el primero o segundo (90.7 y 72.5%, respectivamente). (3)

El embarazo es un acontecimiento vital que supone no sólo una serie de cambios físicos propios del estado de gravidez, sino también una adaptación psicológica que incluye sentimientos de ambivalencia hacia el nuevo estado, y posteriormente de aceptación del rol materno. (5)

Asimismo, esta adaptación, también genera sentimientos de estrés y ansiedad relacionados con el desarrollo del embarazo y el futuro parto, expresados en forma de preocupación o miedo por cerca de un 80% de las mujeres embarazadas. (6)

Sin embargo, para algunas mujeres, el parto puede suponer una amenaza de daño y dolor que puede generar un miedo intenso. Además, es preciso remarcar que esta sensación de miedo suele generar un malestar psicológico materno, por lo que se considera un factor de riesgo en diversas complicaciones durante el parto. (7)

Aunque la literatura clásica de la obstetricia es muy clara para las indicaciones obstétricas, por condiciones maternas o fetales de la indicación de la operación cesárea; (4) existen otras no muy bien estudiadas que, si bien afectan el desarrollo normal del trabajo de parto y que aumentan el índice de nacimientos por vía cesárea, no está del todo estudiado y existen estudios emergentes que nos llevan a pensar en una nueva corriente alterna que afecta el curso normal del parto. (8)

El nacimiento por vía cesárea a petición materna no es una entidad clínica bien reconocida. Pocos estudios comparan directamente el modo de parto previsto (es decir, parto por cesárea a petición materna contra parto vaginal planificado). No existe un ensayo clínico aleatorizado que haya comparado el parto por cesárea

con el ensayo de parto para gestaciones de término único con presentación cefálica. (9)

Los datos disponibles sobre el parto por cesárea por solicitud materna en comparación con el parto vaginal planificado son mínimos y se basan principalmente en comparaciones indirectas. La mayoría de los estudios de resultados indirectos no se ajustan adecuadamente a los factores de confusión y, por lo tanto, deben interpretarse con cautela. (9)

En ausencia de indicaciones maternas o fetales para el parto por cesárea, un plan para el parto vaginal es seguro y apropiado y debe recomendarse. Después de explorar las razones detrás de la solicitud del paciente y discutir los riesgos y beneficios, si un paciente decide continuar con un parto por cesárea a petición materna, se recomienda lo siguiente: en ausencia de otras indicaciones de parto prematuro, el nacimiento por cesárea a petición materna no debe ser realizada antes de una edad gestacional de 39 semanas; y, dada la alta tasa de repetición de cesáreas, los pacientes deben ser informados de que los riesgos de placenta previa, espectro de placenta accreta e histerectomía grávida aumentan con cada cesárea posterior. (9)

Sin duda, existen diferencias psicosociales sistemáticas entre las mujeres que solicitan una cesárea y aquellas que desean un parto vaginal. (10)

Además del miedo a dar a luz por vía vaginal, también existe una asociación con numerosos otros factores, como el miedo a las complicaciones para el niño, los nacimientos traumáticos previos, la depresión, el abuso y otras razones psicosomáticas/psiquiátricas. (11)

Dado que el número de hijos nacidos por mujer ha disminuido notablemente, para algunos pacientes el riesgo de mortalidad perinatal o asfixia fetal intraparto es demasiado alto, incluso con solo 0,45 a 3 por 1000 nacimientos. (12)

El miedo a la falta de apoyo, la falta de confianza en sí misma en la capacidad de sobrevivir un parto vaginal e incluso el conflicto psicosomático o sexual sin resolver, junto con el miedo a perder el control, también pueden jugar un papel y reforzar la decisión de elegir una cesárea. (13)

El miedo al parto fue por primera vez mencionado por Marce en 1858 y se definió como sigue:

“La espera de un dolor desconocido en pacientes primíparas, que las preocupa en todos los aspectos y genera una inmensa ansiedad, y si ya son madres, como la sensación de terror del pasado y del futuro prospectivo.” (14)

Es bien conocido que las mujeres embarazadas experimentan un tipo de ansiedad que se potencia en el tercer trimestre. Y cuando éste altera de manera

importante el nacimiento del producto, es un estado de fobia llamado también “tocofobia”, la cual puede ser primaria, si se produce en mujeres nulíparas, o secundaria, si aparece en mujeres que han tenido una experiencia previa de embarazo y/o parto traumático. (14)

La mayoría de los estudios muestran que el sentimiento de miedo se da con mayor prevalencia en mujeres nulíparas que en mujeres con partos previos, aunque éstos se produjeran mediante cesárea o parto instrumentado, e incluso se muestra en la literatura que el miedo es también más frecuente en las mujeres nulíparas que en las que han tenido una experiencia negativa previa en su proceso de parto. (15)

El miedo al parto es multifactorial. Sin embargo, los factores de riesgo que más se han asociado a su desarrollo son los siguientes: gestaciones en edad temprana o en mujeres de edad avanzada (>40 años), bajo nivel socioeconómico, hábito tabáquico, ansiedad y/o depresión previa o durante la gravidez, gestación de riesgo elevado, falta de apoyo, gestantes que presentan antecedentes de abuso sexual, nuliparidad o cesárea previa. (16)

En países como Suecia, la identificación de miedo al parto permite establecer tratamientos llevados a cabo por los llamados «Aurora teams», equipos de matronas que, de forma multidisciplinaria tratan a estas gestantes con el objetivo de normalizar el proceso y mejorar su experiencia durante el embarazo y el parto. (17)

En los últimos años, han aparecido investigaciones en relación al efecto, que la presencia de estos estados emocionales negativos, pueden tener sobre la evolución del embarazo y el desarrollo del feto, como por ejemplo, la sensación de descontrol y/o dolor excesivo de la mujer durante el parto (18), el incremento de la progresión en la dilatación, con partos más prolongados y un mayor número de cesáreas (19) y el incremento de recién nacidos pre término y con bajo peso al nacer (20), entre otros.

Diversos autores, han planteado la posibilidad de utilizar cuestionarios específicos, para la detección de la ansiedad o miedos ante el parto. En este sentido, se han desarrollado “The Cambridge Worry Scale (CWS)”, escala que mide las preocupaciones de las mujeres ante el parto desde una perspectiva global, y que ha sido recientemente adaptada a nuestro entorno, la Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire measures pre and postpartum fear of childbirth y la Delivery Fear Scale measures fear during labor entre otras. (21)

El Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) se desarrolló en Suecia para evaluar el miedo al parto durante el embarazo y tras el parto, a través de las expectativas y experiencias de las mujeres. Validado en sueco, turco, japonés, inglés, italiano, farsi, hindi y portugués, el W-DEQ es el instrumento de miedo al parto más usado en investigaciones clínicas. (22)

Alrededor del 20-25% de las mujeres embarazadas experimentan miedo al parto, y aproximadamente 6–10% informan miedo severo. (22) El miedo severo al parto puede afectar a la mujer embarazada en su vida cotidiana e impactar en su capacidad para hacer frente al trabajo de parto y al nacimiento. Investigaciones recientes han analizado los factores de riesgo del miedo reportando resultados importantes. En poblaciones de gran parte del norte de Europa, Norteamérica y Australia. (22)

2. Justificación

El miedo al parto ha sido estudiado en poblaciones de Europa, Estados Unidos, Canadá y Australia principalmente. En esos estudios se menciona como un factor de riesgo para el incremento en el número de nacimientos por vía cesárea. En los últimos años se ha visto un incremento hasta de un 50% en el índice de nacimientos por cesárea.

Aunque el miedo al parto es un sentimiento común entre las mujeres embarazadas, las formas graves pueden afectar tanto el bienestar de la madre como al feto. Identificar los factores de riesgo del miedo podría ayudar a realizar intervenciones tempranas para mujeres embarazadas.

3. Pregunta de investigación

¿Existe una asociación entre el grado del miedo al parto y variables sociodemográficas y experiencias antes del embarazo y factores médicos ginecoobstétricos?

Capítulo III. Objetivos e hipótesis

Objetivo principal

Conocer si el miedo al parto se asocia con desenlaces obstétricos en pacientes embarazadas cursando el tercer trimestre del embarazo antes del parto y en el puerperio.

Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de miedo al parto en mujeres embarazadas a término.

Determinar si existe miedo al parto en pacientes en el puerperio inmediato.

Evaluar el cambio en el miedo al parto después del parto con respecto a lo esperado.

Asociar la relación entre las características demográficas de la paciente y el desenlace del nacimiento con el miedo al parto.

Hipótesis nula:

El grado de miedo al parto NO es directamente proporcional con las variables sociodemográficas (Edad, Ocupación, Estado civil, Escolaridad, Peso y Talla) y experiencias antes del embarazo, factores médicos gineco obstétricos (Paridad, Semanas de Gestación).

Hipótesis alterna:

El grado de miedo al parto es directamente proporcional con las variables sociodemográficas (Edad, Ocupación, Estado civil, Escolaridad, Peso y Talla) y experiencias antes del embarazo, factores médicos gineco obstétricos (Paridad, Semanas de Gestación).

Capítulo IV. Material y métodos

Se realizó un estudio longitudinal, comparativo, observacional con pacientes del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José E. González” durante el periodo de julio a noviembre de 2020.

Se incluyeron pacientes femeninas entre 18 y 45 años, mexicanas, que hablaban el idioma español, con diagnóstico de embarazo a término (>37 semanas), que se encontraban en puerperio inmediato y que tuvieron terminaron su embarazo, independientemente de si el desenlace fue cesárea o parto. Se excluyeron pacientes con 2 o más cesáreas previas, incapacitadas para contestar la encuesta o que sufrieron alguna complicación materna o fetal. Se eliminaron aquellos cuestionarios mal llenados y también aquellos llenados por pacientes que sufrieron alguna complicación materna o fetal.

Se realizaron las encuestas de pacientes con diagnóstico de embarazo a término en el área de Tococirugía del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Las encuestas fueron realizadas por el tesista del estudio (residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia), con el apoyo de residentes de primer año y un médico pasante de servicio social, previamente entrenados. Posteriormente se recabaron los datos sociodemográficos (Edad, Ocupación, Estado civil, Escolaridad, Peso y Talla) y

gineco obstétricos (Edad de gestación, paridad) obtenidos en una base de datos de Excel (ANEXO 2), así como los datos del instrumento.

Variables de estudio

Edad (años)

Ocupación

Estado Civil.

Escolaridad.

Paridad (gestaciones, partos, cesáreas, abortos)

Peso (kg)

Talla (m)

Semanas de gestación.

Tipo de tratamiento deseado.

Primigestas

Tipo de atención obstétrica

5. Instrumentos de medición

Se usó la encuesta *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) la cual presenta validez de constructo. (23) Es un cuestionario unidimensional que consta de 2 versiones, ambas en proceso de validación actualmente en la población española. La versión A mide el miedo al parto en función de las expectativas de la mujer sobre el mismo. La versión B mide el

miedo al parto a través de la experiencia vivida durante dicho proceso. Ambas versiones constan de 33 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 6 puntos (del 0 al 5). La puntuación mínima es 0 y la máxima de 165. Unas puntuaciones superiores a 85 indican un miedo severo al parto y las situadas por encima de 100 muestran signos clínicos de miedo al parto. Ambas escalas son válidas para medir el miedo tanto en mujeres nulíparas como en multíparas, antes y después del parto. El α de Cronbach para ambas versiones fue de 0,87 (ANEXO 3). La escala W-DEQ fue hecha para evaluar miedo al parto antes y después del embarazo, y evalúa las dimensiones de miedo, sentimientos negativos y falta de confianza. Las mujeres tienen que contestar mientras se imaginan como sería el trabajo de parto y nacimiento y cómo esperan sentirse. Los ítems 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27 y 31 se puntúan inversamente. Se suman todos los puntos y el puntaje final es interpretado como a mayor puntaje, mayor miedo, y el miedo severo o miedo clínicamente importante se identifica con puntajes encima de 85 puntos (22,23)

6. Análisis estadístico: herramientas estadísticas, tamaño de la muestra y programas estadísticos

Utilizando una fórmula para el cálculo de una proporción en población finita (N) de 830 pacientes atendidas en promedio por mes en el área de tococirugía del Hospital Universitario, con una proporción esperada desconocida de 30% ($p = 0.30$, $q = 1-p$) y una precisión (d) del 4.5% se requirieron 209 pacientes, con un poder del 95% y un nivel de significación a una cola del 5% ($Z = 1.64$).

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N= Total de la población.
p= Proporción esperada de sujetos portadores del fenómeno en estudio.
q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)
δ= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.
Zα= distancia de la media del valor de significación

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS® versión 25. En el análisis descriptivo de las variables continuas, se reportaron medidas de tendencia central y de dispersión, a través de media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil, según aplique, después de haber evaluado la distribución de las variables con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se analizaron las variables demográficas cualitativas con tablas de contingencia utilizando Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher; las cuantitativas comparando rangos con la prueba de Mann-Whitney. Se compararon puntajes de la escala W-DEQ antes y después del parto por medio de la prueba de Wilcoxon. Se correlacionaron variables numéricas con el coeficiente de correlación de Spearman (rho). Se tomó el valor de *P* como estadísticamente significativo cuando sea menor o igual a 0.05.

5. Riesgos y beneficios

Conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I, el riesgo de ésta

investigación fue considerada como investigación sin riesgo ya que en el estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental prospectivo y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, patológicas o sociales de los individuos; además no se realizó en una población vulnerable debido a que la información se obtuvo del expediente clínico de los sujetos.

Gracias a esta investigación se pretendió dotar de información suficiente para la mejora constante de la atención médica y la calidad de los servicios en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

6. Aspectos éticos

1. Se garantizó que este estudio tuviera apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, lo que brindó mayor protección a los sujetos del estudio.

2. Conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I, el riesgo de ésta investigación fue considerada como investigación sin riesgo ya que en el estudio se emplean técnicas y métodos de investigación documental prospectivo y no se realizó ninguna intervención o modificación

intencionada en las variables fisiológicas, patológicas o sociales de los individuos; además no se realizó en una población vulnerable debido a que la información se obtuvo del expediente clínico de los sujetos a investigar.

3. Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, Buenas Prácticas Clínicas y se llevó a cabo en plena conformidad con los siguientes Principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:

a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.

b. El protocolo fue sometido a evaluación por el Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

c. Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.

d. Este protocolo guardó la confidencialidad de las personas. Todos los autores firmaron una carta de confidencialidad sobre el protocolo y sus resultados de manera que garantice reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.

e. Este protocolo se habría suspendido si se comprueba que los riesgos superan los posibles beneficios.

f. La publicación de los resultados de esta investigación preservará la exactitud de los resultados obtenidos.

g. Tomando en cuenta el Artículo 23 del Capítulo 1º, Título 2º del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, cada posible participante fue informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios, posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio pudo acarrear.

h. Se informó a las personas que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su participación sin que esto tenga consecuencia en su manejo médico sucesivo en el hospital.

i. En el momento de obtener el consentimiento informado verbal para participar en el proyecto de investigación, fue obtenido por un investigador no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

j. En caso de obtener una puntuación mayor o igual a 100 puntos en el cuestionario W-DEQ, se le informó a la paciente que debía acudir a la consulta externa de Medicina de Enlace del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para una valoración completa por el especialista.

k. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Nüremberg, y el Informe Belmont.

7. Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos Humanos.

El Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” cuenta con el personal capacitado para la recolección, la organización y análisis estadístico de los datos.

Financiamiento.

Esta investigación no recibió financiamiento de ninguna especie, de ninguna institución o empresa privada, se realizó con recursos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” y de los investigadores participantes.

Factibilidad.

El estudio no derivó gastos para las pacientes ni para el Departamento. Las estadísticas demuestran que existía un buen flujo de pacientes que según los criterios de selección permitirán cumplir con el reclutamiento del tamaño muestral en un tiempo menor a 6 meses.

Bioseguridad.

El personal implicado en el estudio no manejó residuos biológicos potencialmente infecciosos.

Control de Calidad.

Como parte del control de calidad y para evitar errores de captura; la información obtenida fue concentrada en una base de datos que se analizó periódicamente para identificar valores extraños o fuera de parámetro, los cuales fueron confirmados con los datos contenidos en los expedientes.

Tanto la captura como el análisis de datos se llevaron a cabo por personal capacitado y con experiencia.

Al ser un estudio prospectivo no se pudo controlar ciertos sesgos como el llenado del expediente clínico.

Capítulo V. Resultados

Se encuestaron 205 mujeres que fueron ingresadas a nuestro Servicio de Obstetricia y que cumplieron los criterios de inclusión. La edad de las pacientes fue 23.1 ± 5.9 años y su índice de masa corporal de $29.8 \pm 5.1 \text{ kg/m}^2$. La mayoría de las pacientes estaban en unión libre ($n = 147$, 71.7%), cursaron hasta la primaria y secundaria (educación básica) ($n = 157$, 76.6%) y la mayoría se dedican al hogar ($n = 167$, 81.5%). (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes.

Variable	
Edad (años)	23.1 ± 5.9
Peso (kg)	75.6 ± 14.8
Talla (m)	1.58 ± 0.05
IMC (kg/m ²)	29.8 ± 5.1
Estado civil	
Unión libre	147 (71.7%)
Soltera	29 (14.1%)
Casada	28 (13.7%)
Divorciada	1 (0.5%)
Escolaridad	
Primaria	16 (7.8%)
Secundaria	141 (68.8%)
Bachillerato	35 (17.1%)
Licenciatura	10 (4.9%)
Posgrado	3 (1.5%)
Ocupación	
Hogar	167 (81.5%)
Empleada	18 (8.8%)
Desempleada	16 (7.8%)
Estudiante	2 (1%)
Otros	2 (1%)

La mediana de gestaciones de las pacientes fue 1 (1-2), el 53.7% (n = 110) fueron primigestas. El 4.4% (n = 9) tuvo una cesárea previa y 20% (n = 41), antecedente de aborto. Las semanas de gestación de las pacientes fue 39 ± 1.2 . La vía de atención obstétrica fue parto en 115 (56.1%) y cesárea en 90 (43.9%) (Tabla 2).

Tabla 2. Características obstétricas de las pacientes.

Variable	
Gestas	1 (1-2)
Primigestas	110 (53.7%)
Partos	0 (0-1)
Antecedente de cesárea	9 (4.4%)
Antecedente de aborto	41 (20%)
Edad gestacional	39 ± 1.2
Vía de atención obstétrica	-
Parto	115 (56.1%)
Cesárea	90 (43.9%)

El puntaje de la escala de W-DEQ fue 39 (31-46.5) puntos, antes del parto, y 30 (21-37) puntos, después del parto, este último siendo significativamente menor ($P < 0.001$). Identificamos solo una paciente que presentó miedo severo al parto (0.5%), con un puntaje de 88 puntos, antes de un parto por cesárea (Tabla 3).

Tabla 3. Miedo al parto en nuestra población de estudio.

Variable	Previo al parto (esperado)	Posterior al parto (percibido)	<i>P</i>
Puntaje de W-DEQ	39 (31-46.5)	32 (23-38)	<0.001
Pacientes con miedo severo	1 (0.5%)	0 (0%)	-

Realizamos un análisis de los puntajes individuales de cada ítem en la escala, que se resumen en la tabla 4.

Encontramos que las pacientes pensaron que su embarazo se desarrolló menos fantástico ($P = 0.007$) y más espantoso ($P < 0.001$) después de haberlo vivido. En cuanto a los sentimientos que tuvieron durante el trabajo de parto, se sintieron más fuertes ($P < 0.001$), más seguras ($P < 0.001$), con menos miedo ($P < 0.001$), menos débiles ($P < 0.001$), más independientes ($P = 0.001$), menos tensas ($P < 0.001$), más contentas ($P = 0.001$), menos abandonadas ($P = 0.002$) y más serenas ($P < 0.001$).

Además, refirieron sentir menos pánico ($P < 0.001$), menos desesperación ($P < 0.001$) y más nostalgia ($P < 0.001$) durante el trabajo de parto y nacimiento.

En el momento más intenso del trabajo de parto, se sintieron menos mal portadas ($P < 0.001$), que todo se dejaba pasar ($P < 0.001$) y menos pérdida de control ($P < 0.001$) y sintieron que el momento exacto del nacimiento del bebé fue menos divertido ($P = 0.004$), más natural ($P < 0.001$), más obvio ($P = 0.001$) y menos peligroso ($P < 0.001$) de lo que esperaban antes del parto.

Durante el último mes, sintieron mayor miedo de lesión del bebé que lo que presenciaron al momento del trabajo de parto ($P < 0.001$) (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de las preguntas de la escala de miedo al parto en nuestra población de estudio antes y después del parto

Pregunta	Antes del parto (esperado)	Después del parto (observado)	P
¿Cómo piensa que su trabajo de parto y nacimiento se va a desarrollar en conjunto?	-		
De absolutamente fantástico a nada fantástico	1 (1-2)	1 (0-2)	0.007
De nada espantoso a absolutamente espantoso	1 (0-2)	2 (1-3)	<0.001
¿Cómo siente que se sentirá en general durante el trabajo de parto?	-		
Sensación			
3.Solitaria	1 (0-1)	1 (0-1)	0.913
4.Fuerte	1 (0-2)	1 (0-1)	<0.001
5.Segura	1 (0-1)	0 (0-1)	<0.001
6.Miedo	3 (1-3)	2 (1-3)	<0.001
7.Abandonada	0 (0-1)	0 (0-1)	0.066
8.Débil	1 (0-2)	1 (0-1)	0.034
9.Segura	1 (0-1)	0 (0-1)	<0.001
10. Independiente	1 (0-1)	0 (0-1)	0.001
11.Desolada (solitaria)	1 (0-1)	1 (0-1)	0.885
12.Tensa	3 (1-4)	2 (1-3)	<0.001
13.Contenta	1 (0-1)	0 (0-1)	0.001
14.Orgullosa	0 (0-1)	0 (0-1)	0.443
15.Abandonada	1 (0-1)	0 (0-1)	0.002
16.Serena	2 (0.5-2)	1 (0-1)	<0.001
17.Relajada	1 (1-2)	2 (1-2)	0.121
18.Feliz	0 (0-1)	0 (0-1)	0.925
¿Cómo siente que se sentirá durante el trabajo de parto y nacimiento?	-		
19.Pánico	2 (1-3)	1 (0-1)	<0.001
20.Desesperación	3 (2-4)	1 (0-2)	<0.001
21.Nostálgica	1 (0-1.5)	4 (2-4)	<0.001

			1
22.Confianza en ti misma	0 (0-1)	0 (0-1)	0.351
23.Confianza en general	0 (0-1)	0 (0-1)	0.785
24.Dolor	3 (2-4)	3 (2-4)	0.466
¿Qué cree que sucederá cuando el trabajo de parto esté en su momento más intenso?	-		
25. Mal portada	1 (0-2)	0 (0-1)	<0.001
26.Dejar pasar (todo pasa)	1 (0-2)	0 (0-1)	<0.001
27.Pérdida de control	1 (0-1)	0 (0-1)	<0.001
¿Cómo imagina que se va a sentir en el exacto momento en que nazca el bebé?	-		
28.Divertida	1 (0-2)	2 (0-2)	0.004
29.Natural	1 (0-2)	0 (0-1)	<0.001
30.Obvia	1 (0-2)	0 (0-1)	0.001
31.Peligroso	2 (0-3)	1 (0-1)	<0.001
Ha tenido, durante el último mes, fantasías sobre el trabajo de parto o nacimiento, por ejemplo...	-		
Sensación	-		
32.Muerte del bebé	0 (0-1)	0 (0-1)	0.278
33.Lesión del bebé	1 (0-1)	0 (0-1)	<0.001

El puntaje de la escala W-DEQ fue menor después del parto del parto, independientemente de la vía de parto y el antecedente de gestaciones ($P < 0.001$) (Tabla 5).

Tabla 5. Miedo al parto antes y después del parto según la vía de nacimiento y el antecedente de gestaciones.

Puntaje de W-DEQ	Previo al parto (esperado)	Posterior al parto (percibido)	<i>P</i>
Pacientes sometidas a parto vaginal	37 (29-46)	30 (21-37)	<0.001
Pacientes sometidas a cesárea	42 (36-48)	34.5 (25.5-39.2)	<0.001
Pacientes primigestas	41.5 (36-48)	32 (24.7-38.2)	<0.001
Pacientes multigestas	35 (24-44)	32 (22-37)	<0.001

También se encontró que las pacientes que fueron sometidas a parto por cesárea presentaron mayor puntaje en W-DEQ antes ($P = 0.004$) y después ($P = 0.015$) del parto, comparado con pacientes sometidas a parto. Además, las pacientes que fueron primigestas presentaron mayor puntaje de W-DEQ que las pacientes con gestas previas únicamente antes del parto ($P < 0.001$) (tabla 6).

Tabla 6. Comparación de puntaje de W-DEQ para miedo al parto de acuerdo con la vía de nacimiento y antecedente de gestas, antes y después del parto.

Puntaje de W-DEQ	Pacientes sometidas a parto vaginal	Pacientes sometidas a cesárea	<i>P</i>
Previo al parto (esperado)	37 (29-46)	42 (36-48)	0.004
Posterior al parto (percibido)	30 (21-37)	34.5 (25.5-39.2)	0.015
Puntaje de W-DEQ	Pacientes primigestas	Pacientes multigestas	<i>P</i>
Previo al parto (esperado)	41.5 (36-48)	35 (24-44)	<0.001
Posterior al parto (percibido)	32 (24.7-38.2)	32 (22-37)	0.402

Se estableció una correlación baja entre el puntaje de W-DEQ previo al parto la edad de la paciente ($P = 0.089$) y la edad gestacional ($P = 0.206$) (Tabla 7).

Tabla 7. Correlación entre la edad de la paciente, la edad gestacional y el puntaje de W-DEQ previo al parto.

Rho de Spearman	Edad	<i>P</i>	Edad gestacional	<i>P</i>	W-DEQ previo al parto	<i>P</i>
Edad	-		-0.24	0.001	-0.125	0.089
Edad gestacional	-0.24	0.001	-		0.089	0.206
W-DEQ previo al parto	-0.125	0.089	0.089	0.206	-	

Se observó una diferencia de puntajes de acuerdo con la ocupación de la paciente, si se encontraba actualmente con pareja o no, o la escolaridad ($P > 0.05$) (Tabla 8).

Tabla 8. Comparación de puntaje de W-DEQ para miedo al parto de acuerdo con la ocupación de la paciente, el tener pareja o la escolaridad.

Ocupación	Empleadas	Desempleadas	Hogar	<i>P</i>
Puntaje de W-DEQ	41 (29.2-48.5)	36 (32-40.5)	39 (31-47)	0.426
Tener pareja	Sí	No	-	<i>P</i>
Puntaje de W-DEQ	38 (31-46)	42.5 (29-54)	-	0.091
Escolaridad	Básica	Media-superior	-	<i>P</i>
Puntaje de W-DEQ	39 (30-47)	40 (32-45.7)	-	0.605

Capítulo VI. Discusión

El miedo al parto ha ganado mucha atención en los últimos años. Alrededor de 5 a 20% de las mujeres embarazadas tienen miedo al parto (24-27). Existen múltiples factores asociados al incremento de la proporción de pacientes que padecen miedo al parto, tales como la edad joven, la nuliparidad, antecedente de problemas psicológicos, la falta de apoyo social y el historial de abuso, así como eventos obstétricos adversos (24,26,28).

Se ha visto que una mujer con miedo intenso de dar a luz aumenta el riesgo de experiencias negativas del parto y sentimientos de falta de satisfacción después del parto (29-32), dado que cuando una persona se presenta en una situación estresante, que le cause miedo, la atención se dirige más hacia la problemática, y aumenta la concentración hacia el estímulo amenazador, así como un incremento en el miedo y angustia (33,34). Eso se convierte en un círculo vicioso, empeorando las expectativas de la paciente y haciendo que éstas se vuelvan realidad con mayor facilidad.

Por ello, el objetivo de nuestro trabajo fue conocer si el miedo al parto y algunos factores médico-obstétricos en pacientes embarazadas en el tercer trimestre se encuentran asociados a este antes del parto y durante el puerperio.

Incluimos 205 pacientes, con una media de edad de 23.1 años. La mayoría estaban en unión libre, tenían baja escolaridad y se dedicaban al hogar. Alrededor

de la mitad de las pacientes (53.7%) eran primigestas. La vía de desembarazo fue parto vaginal en 115 (56.1%) y cesárea en 90 (43.9%).

En nuestro trabajo, pudimos observar que las pacientes tienen una disminución en el puntaje de la escala W-DEQ para la evaluación de miedo al parto, posterior al parto. Sin embargo, solamente una paciente alcanzó un puntaje mayor a 85 puntos para identificar miedo al parto, antes del parto. Esta paciente tuvo un parto por cesárea por distocia de contracción.

La identificación de puntajes bajos de miedo al parto en todas las pacientes pudo haberse asociado a otros factores no evaluados en nuestro estudio, como un buen control prenatal, aceptación del parto, buen apoyo familiar, deseo del hijo, planeación familiar, u ausencia de factores de riesgo. Incluso, pudiera ser asociada a una ausencia de trastornos psiquiátricos que pudieran incrementar el riesgo de presentar miedo al parto.

Por otro lado, también existe la posibilidad de que la escala no considerara otros factores preocupantes para las mujeres embarazadas de nuestra población, que pudo haber favorecido el sub-diagnóstico de la presencia de un miedo clínicamente importante al parto. Sin embargo, estas variables debiesen ser estudiadas con mayor profundidad para identificar el por qué nuestra población de pacientes presenta una prevalencia tan baja de miedo severo al parto (0.5%). Se ha reportado que el miedo severo al parto se encuentra en alrededor del 14%, y otros estudios han demostrado que el miedo o preocupación de cualquier

intensidad puede llegar a ser del 80%. A pesar de la prevalencia tan baja de nuestro estudio, es posible que exista un nivel de miedo que no haya alcanzado el umbral evaluado por la escala, y la identificación de la percepción del miedo de la paciente no debe ser menospreciada (35,36).

Encontramos en este trabajo, además, que independientemente de la vía de parto o el antecedente de gestas, el miedo disminuye posterior al parto, de forma estadísticamente significativa ($P < 0.001$), donde podemos concluir que podría tener una relación con la atención médica recibida por parte del nuestro equipo obstétrico.

Sin embargo, las pacientes sometidas a cesárea presentaron mayor puntaje de la escala W-DEQ antes y después del parto, posiblemente relacionado a que el miedo al parto podría aumentar la tasa de cesáreas en este grupo de población, o que exista algún miedo asociado al parto por vía quirúrgica. Se ha encontrado que en pacientes con miedo previo al parto tienen mayor probabilidad de padecerlo en el posparto, y que algunos factores, como la analgesia epidural, pueden tener mayor predisposición a tener miedo en el postparto (37). También se ha encontrado que en mujeres que prefieren y reciben cesárea tienden a tener más miedo que al parto vaginal (38). Además, se ha documentado que el tener miedo al parto puede aumentar el riesgo de cesárea en otras poblaciones (39).

Las pacientes con parto previo tuvieron menor puntaje de miedo por W-DEQ antes del evento, comparado con las pacientes primigestas; lo que podría

estar relacionado a haber tenido una experiencia previa que les permitiese afrontar de mejor manera el procedimiento. Posterior al parto, encontramos un puntaje similar de W-DEQ, con un nivel de miedo anivelado en ambos grupos de pacientes.

Estos dos factores anteriores podrían ser los principales factores asociados al miedo al parto en nuestro estudio, debido a que, tras correlacionar la edad gestacional y la edad de la paciente, así como la ocupación, estado civil (emparejamiento) y la escolaridad, no encontramos diferencia estadística que permitiera asociar estas variables a un aumento en el miedo en nuestra población de pacientes.

Geissbuehler y Eberhard evaluaron el miedo al parto durante embarazo en más de 8000 mujeres, encontrando que los principales miedos que refieren las pacientes con el miedo de la salud del niño en un 50% y miedo a la anestesia y al bloqueo nervioso (40). Similar a nuestro estudio, Zar et al. encontraron que las pacientes nulíparas presentan mayor miedo al parto, y observaron una tendencia en la disminución del miedo pasadas 2 y 5 horas del parto (41).

Storksén et al. identificaron en su estudio una prevalencia de miedo al parto del 8%, muchísimo más alta que la encontrada en nuestro trabajo (42). Ellos observaron que la presencia de ansiedad y depresión incrementan la prevalencia de miedo al parto, aunque no tienden a ser trastornos muy prevalentes en este tipo de pacientes (43), identificados por su estudio, lo cual también podría estar

asociado a la población de nuestro estudio, a pesar de no ser una variable evaluada, y que debe ser estudiada a profundidad para establecer la relación causal. Areskog et al encontraron una prevalencia más alta, del 6% de miedo severo, y del 17% de miedo moderado (34).

Saisto et al. encontraron que, la prevalencia de miedo al parto era mayor en mujeres nulíparas, con un riesgo de 26.9 veces más de presentar miedo al parto. Además, ellos observaron que, en pacientes con segundo parto, el haber tenido cesárea de emergencia y extracción al vacío se asoció con miedo al embarazo por segunda ocasión. Dado que los procedimientos obstétricos no pueden ser evitados, para disminuir la prevalencia de miedo al parto, se podría recurrir a la educación acerca de las causas y consecuencias de ambos procedimientos que aumentan el riesgo (44). En nuestro trabajo, específicamente en pacientes con cesárea, el puntaje de la escala DEWQ fue significativamente superior antes del parto, comparado con pacientes que fueron atendidas por parto vaginal. Esto se puede deber a que posiblemente existe un aumento de en la tasa de cesáreas en este grupo de pacientes, tal como se ha propuesto (45), o que las pacientes tienen mayor miedo de ser atendidas por un procedimiento quirúrgico.

Encontramos que las pacientes pensaron que su embarazo se desarrolló menos fantástico y más espantoso después de haberlo vivido. En cuanto a los sentimientos que tuvieron durante el trabajo de parto, se sintieron más fuertes, más seguras, con menos miedo, menos débiles, más independientes, menos tensas, más contentas, menos abandonadas y más serenas. Además, refirieron

sentir menos pánico, menos desesperación y más nostalgia durante el trabajo de parto y nacimiento. En el momento más intenso del trabajo de parto, se sintieron menos mal portadas, que todo se dejaba pasar y menos pérdida de control y sintieron que el momento exacto del nacimiento del bebé fue menos divertido, más natural, más obvio y menos peligroso de lo que esperaban antes del parto. Durante el último mes, sintieron mayor miedo de lesión del bebé que lo que presenciaron al momento del trabajo de parto. De forma resumida, el miedo y las reacciones negativas disminuyen posterior al parto y aumentan las reacciones positivas de la madre hacia su percepción del parto y el nacimiento, a pesar de haber percibido una sensación desagradable el proceso del parto. Se reconoce que después del parto, se modifican los sentimientos de la madre de acuerdo con la experiencia del parto y que, de no existir alguna otra psicopatología que produzca una sensación de desagrado o rechazo hacia el producto, predomina el sentimiento maternal y de bienestar materno (46).

Sin embargo, existen algunas condiciones que pueden modificar la reacción de la madre hacia el nacimiento, como el nacimiento del producto con alguna malformación no esperada, como el labio y/o paladar hendido (47) o la experiencia de estrés postraumático relacionado con el nacimiento de un producto pretérmino (48). En otras ocasiones, el pronóstico se relaciona más con los factores psicosociales de la madre, de acuerdo con el nivel de apoyo social y recursos que recibe la madre, como en el nacimiento de trillizos (49). Por ello, es necesario identificar aquellas madres con diagnóstico confirmado, probable o posible de miedo para realizar intervenciones tempranas, y abordar de mejor manera

aquellas madres que mantuvieron su problema de estrés posterior al nacimiento del producto (50).

El miedo al parto es una variable que en muchas ocasiones no se le da importancia, se da por hecho o se deja desatendida, a pesar de las implicaciones biopsicosociales y bioéticas que conllevan (50,51). Es importante poner atención a las implicaciones clínicas que puede tener el miedo al parto, como se ha reportado en otros estudios, con el incremento en la tasa de cesáreas (45), o una mayor duración del parto (52).

Uno de los retos del personal en el área de labor debe considerar el miedo al parto durante este periodo y poner atención principalmente en pacientes primigestas por el incremento del riesgo de presentar miedo al parto durante etapas tempranas de trabajo de parto activo.

Algunas de las limitantes de nuestro estudio fue la baja prevalencia de miedo al parto clínicamente significativo en las pacientes estudiadas, la posibilidad de incluir otra encuesta que también pueda evaluar miedo al parto a través de otras dimensiones, así como la inclusión de otros factores confusores o desenlaces materno-fetales que podrían también asociarse a la presencia de miedo al parto en nuestra población. También, es posible que las características de nuestra población sean diferentes y experimenten un mayor umbral hacia el miedo y por ello se requiera realizar una nueva validación de la escala en nuestra

población, abriendo más la investigación de esta área en pacientes gestantes de nuestra comunidad.

Capítulo VII. Conclusión

La prevalencia de miedo severo al parto en nuestras pacientes fue del 0.5% antes del parto. Podemos concluir que las pacientes tienen una disminución en el puntaje de la escala W-DEQ para la evaluación de miedo al parto, posterior al parto.

Además, independientemente de la vía de parto o el antecedente de gestas, el miedo disminuye posterior al parto, de forma estadísticamente significativa ($P < 0.001$).

Las pacientes sometidas a cesárea presentaron mayor puntaje de la escala W-DEQ antes y después del parto y las pacientes con parto previo tuvieron menor puntaje de miedo por W-DEQ antes del parto, comparado con las pacientes primigestas. Posterior al parto, encontramos un puntaje similar de W-DEQ, con un nivel de miedo anivelado en ambos grupos de pacientes.

No encontramos asociación entre la edad gestacional y la edad de la paciente, la ocupación, el emparejamiento y la escolaridad, con un aumento en el miedo en nuestra población de pacientes.

Capítulo VIII. Referencias

1. Althabe F, Belizán JM. Caesarean section: the paradox. *Lancet*. 2006; 368 (9546):1472-3.
2. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet* 2006; 368 (9546):1516–23.
3. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012 (ENSANUT). “Elevada recurrencia a la cesárea: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto”. Evidencia para la política pública en salud. Enlace de acceso: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>
4. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wnestrom KD. WILLIAMS OBSTETRICS, 21th edition. McGRAW-HILL. United States Of America, 2001. Pp 367-390.
5. Highet N, Stevenson AL, Purtell C, Coe S. Qualitative insights into women’s personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women Birth*. 2014; 27: 179-84.
6. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002; 29(2): 101-11.
7. Staneva A, Morawska A, Bogossian F, Wittkowski A. Maternal psychological distress during pregnancy does not increase the risk for adverse birth outcomes. *Women Health*. 2018; 58(1): 92-111.
8. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998; 77(11): 542-7.

9. Cesarean Delivery on Maternal Request. Committee Opinion 559, 2013. American College of Obstetricians and Gynecologists.
Obtenido de: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/cesarean-delivery-on-maternal-request>
10. Martini J, Weidner K, Hoyer J. Angststörungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*. 2008;2:207–215.
11. Sahlin M, Carlander-Klint AK, Hildingsson I, Wiklund I. First-time mothers' wish for a planned caesarean section: deeply rooted emotions. *Midwifery*. 2013;29:447–452.
12. McIntyre S, Taitz D, Keogh J, Goldsmith S, Badawi N, Blair E. A systematic review of risk factors for cerebral palsy in children born at term in developed countries. *Dev Med Child Neurol*. 2013;55:499–508.
13. Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Arzteblatt international*. 2015 112(29-30), 489–495.
14. Hofberg, K., & Brockington, I. Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 176(01), 83–85.
15. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2009; 116(1): 67-73.
16. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82(3): 201-8
17. Jonsdottir SS. Women's lived experience of fear of childbirth. *MCN Am J Matern Nurs*. 2010; 35(4): 240.

18. García-Rodríguez MJ. Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2011; 3(3),153-175.
19. Hurtado F, Donat F, Escrivá P, Poveda C, Ull N. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2003; 66, 32-45.
20. Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Sandman CA. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. Health Psychology. 2008; 27(1), 43-51.
21. Molina-Fernández I, Rubio-Rico L, Roca-Biosca A, Jimenez-Herrera M, Flor-Lopez M, Sirgo, A. Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2015; 13, 17-24.
22. Pallant JF, Haines HM, Green P, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, et al. Assessment of the dimensionality of the Wijma delivery expectancy/ experience questionnaire using factor analysis and Rasch analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16: 361.
23. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. J Psychosom Obstet Gynecol. 1998; 19(2): 84-97
24. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82:201–8.

25. Waldenström U, Hildingsson I, Rydning EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006;113:638–46.
26. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009;116:67–73.
27. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:435–40.
28. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 2011;118:1104–11.
29. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *J Psychosom Res.* 1984;28:213
30. Wijma K, Rydning EL, Wijma B. Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998;5:231
31. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther.* 2001;30:75.
32. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesma"ki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:39

33. Eysenck MW. Anxiety the cognitive perspective. Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd. Publishers; 1992. p. 35
34. Whitley GG. Concept analysis of fear. Nurs Diagn. 1992;3: 155
35. Wijma K, Ryding EL, Wijma B. Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998;5:231-7
36. Slade P. Expectations, experiences and satisfaction with labour. Br J Clin Psychol. 1993;32:469-83.
37. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. Acta Obstetrica et Gynecologica. 2006; 85: 56/62
38. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. Sexual Reproduc Healthcare 2011;2(3):93-9
39. Ryding EL, Lukasse M, Van Parys AS, Wangel AM, Karro H, Krisjansdottir H, et al. Fear of Childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. Birth 2015;42(1):48-55.
40. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. J Psyhosom Obstet Gynecol 2002;23:299-235.
41. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. Scand J Behav Ther 2001;30(2):75-84.

42. Storksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scandinavica* 2011;91(2):237-42.
43. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of Childbirth in Late Pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981;12:262-66.
44. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetr Gynecol* 1999;94(5):679-82.
45. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 542–547
46. Macfarlane A. *Psicologia del nacimiento*. Ediciones Morata 1998, pp. 184.
47. Tisza VB, Gumpertz E. THE PARENTS' REACTION TO THE BIRTH AND EARLY CARE OF CHILDREN WITH CLEFT PALATE. *Pediatrics* 1962;30(1):86-90.
48. Misund AR, Nerdrum P, Diseth TH. Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014;14:263.
49. Robin M, Bydloski M, Cahen F, Josse D. Maternal Reactions to the Birth of Triplets. *Acta geneticae medicae et gemellologiae: twin research* 1991;40(1):41-51.
50. Shah PE, Clements M, Poehlmann J. Maternal Resolution of Grief After Preterm Birth: Implications for Infant Attachment Security. *Pediatrics* 2011;127(2):284-292.
51. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 201-208

52. Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? J Psychosom Obsfet
Cynecol2003;24:141-143
53. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A.
Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. cta
Obstet Gynecol Scand. 2012; 91

Capítulo IX. Anexos

Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética en Investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. JOSÉ LUIS IGLESIAS BENAVIDES.
Investigador Principal
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Presente.-

Estimado Dr. Iglesias:

En respuesta a su solicitud con número de ingreso **PI20-00137** con fecha del **22 de Mayo del 2020**, recibida en las oficinas de la Secretaría de Investigación Clínica de la Subdirección de Investigación, se extiende la siguiente notificación con fundamento en el artículo 41 BIS de la Ley General de Salud; los artículos 14 inciso VII, 99 inciso I, 102, 109 y 112 del Decreto que modifica a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado el día 2 de abril del 2014; además de lo establecido en los puntos 4.4, 6.2, 6.3.2.8, 8 y 9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; así como por el Reglamento interno de Investigación de nuestra Institución.

Se le informa que el Comité a mi cargo ha determinado que su proyecto de investigación clínica abajo mencionado cumple con los aspectos éticos necesarios para garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos de investigación que la sociedad mexicana demanda, por lo cual ha sido **APROBADO**.

Titulado **"Miedo al parto como factor de aumento en el índice de cesáreas. Un estudio transversal en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"**

De igual forma el siguiente documento:

- Protocolo en extenso, versión 2.0 de fecha junio 2020

Por lo tanto usted ha sido **autorizado** para realizar dicho estudio en el **Departamento de Ginecología y Obstetricia** del Hospital Universitario como Investigador Responsable. Su proyecto aprobado ha sido registrado con la clave **G120-00013**. La vigencia de aprobación de este proyecto es al día **15 de Septiembre del 2021**.

Participando además la Dra. Deniz Gabriela Zapata Sandoval como **Tesista**, el Dr. med. Abel Guzmán López, Dr. med. Donato Saldivar Rodríguez y MPSS Sonia Elizabeth Rodríguez Ramírez como Co-Investigadores.

Toda vez que el protocolo original, así como la carta de consentimiento informado o cualquier documento involucrado en el proyecto sufran modificaciones, éstas deberán someterse para su re-aprobación.

Será nuestra obligación realizar visitas de seguimiento a su sitio de investigación para que todo lo anterior se encuentre debidamente consignado. En caso de no apegarse, este Comité tiene la autoridad de suspender temporal o definitivamente la investigación en curso, todo esto con la finalidad de resguardar el bienestar y seguridad de los sujetos en investigación.

Comité de Ética en Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzales sin. Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanel.com



El proyecto aprobado será revisado:

1. Al menos una vez al año, en base a su naturaleza de investigación.
2. Cuando cualquier enmienda pudiera o claramente afecte bienestar y los derechos de los sujetos de investigación o en la conducción del estudio.
3. Cualquier evento o nueva información que pueda afectar la proporción de beneficio/riesgo del estudio.
4. Así mismo llevaremos a cabo auditorías por parte de la Coordinación de Control de Calidad en Investigación aleatoriamente o cuando el Comité lo solicite.
5. Toda revisión será sujeta a los lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas en Investigación, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la NOM-012-SSA3-2012, el Reglamento Interno de Investigación de nuestra Institución, así como las demás regulaciones aplicables.

Atentamente,
"Alere Flamman Veritatis"
Monterrey Nuevo León a 15 de Septiembre del 2020



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



DR. med. JOSE GERARDO GARZA LEAL
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Comité de Ética en Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2670 a 2674. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanl.com



Anexo 2. Aprobación del Comité de Investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. JOSÉ LUIS IGLESIAS BENAVIDES.
Investigador Principal
Departamento de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Presente.-

Estimado Dr. Iglesias:

En respuesta a su solicitud con número de ingreso **PI20-00137** con fecha del **22 de Mayo del 2020**, recibida en las oficinas de la Secretaría de Investigación Clínica de la Subdirección de Investigación, se extiende la siguiente notificación con fundamento en el artículo 41 Bis de la Ley General de Salud; los artículos 14 inciso VII, 99 inciso II, 102, 111 y 112 del Decreto que modifica a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado el día 2 de abril del 2014, además de lo establecido en los puntos 4.4, 6.2, 6.3.2.8, 8 y 9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, así como por el Reglamento interno de Investigación de nuestra Institución.

Se le informa que el Comité a mi cargo ha determinado que su proyecto de investigación clínica abajo mencionado cumple con la calidad técnica y el mérito científico para garantizar la correcta conducción que la sociedad mexicana demanda, por lo cual ha sido **APROBADO**.

Titulado **"Miedo al parto como factor de aumento en el índice de cesáreas. Un estudio transversal en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"**

De igual forma el siguiente documento:

- Protocolo en extenso, versión 2.0 de fecha junio 2020.

Por lo tanto usted ha sido **autorizado** para realizar dicho estudio en el **Departamento de Ginecología y Obstetricia** del Hospital Universitario como Investigador Responsable. Su proyecto aprobado ha sido registrado con la clave **GI20-00013**. La vigencia de aprobación de este proyecto es al día **15 de Septiembre del 2021**.

Participando además la Dra. Deniz Gabriela Zapata Sandoval como **Tesista**, el Dr. med. Abel Guzmán López, Dr. med. Donato Saldivar Rodríguez y MPSS Sonia Elizabeth Rodríguez Ramirez como Co-Investigadores.


Toda vez que el protocolo original, así como la carta de consentimiento informado o cualquier documento involucrado en el proyecto sufran modificaciones, éstas deberán someterse para su re-aprobación.

Será nuestra obligación realizar visitas de seguimiento a su sitio de investigación para que todo lo anterior se encuentre debidamente consignado. En caso de no apegarse, este Comité tiene la autoridad de suspender temporal o definitivamente la investigación en curso, todo esto con la finalidad de resguardar la calidad de los datos generados durante la conducción del proyecto.

El proyecto aprobado será revisado:

1. Al menos una vez al año, en base a su naturaleza de investigación.
2. Cuando cualquier enmienda pudiera o claramente afecte calidad técnica, el mérito científico y/o en la conducción del estudio.

Comité de Investigación
Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 818329 4050, Ext. 2670 a 2674. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanel.com



Septiembre 16, 2017

3. Cualquier evento o nueva información que pueda afectar la proporción de beneficio/riesgo del estudio.
4. Así mismo llevaremos a cabo auditorías por parte de la Coordinación de Control de Calidad en Investigación aleatoriamente o cuando el Comité lo solicite.
5. Toda revisión será sujeta a los lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas en Investigación, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la NOM-012-SSA3-2012, el Reglamento Interno de Investigación de nuestra Institución, así como las demás regulaciones aplicables.

Atentamente
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, Nuevo León 15 de Septiembre del 2020



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

DR. C. GUILLERMO ELIZONDO RIOJAS
Presidente del Comité de Investigación

Comité de Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzálitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2670 a 2674. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanl.com



Anexo 3. Encuesta

INSTRUMENTO

Apéndice A

¿Cómo piensa que su trabajo de parto y nacimiento se va a desarrollar en conjunto?						
1. Absolutamente fantástico 0 1 2 3 4 5 Nada fantástico						
2. Absolutamente espantoso 0 1 2 3 4 5 Nada espantoso						
¿Cómo siente que se sentirá en general durante el trabajo de parto?						
Sensación	0=Extremadamen te	1	2	3	4	5= Para nada
3.Solitaria						
4.Fuerte						
5.Segura						
6.Miedo						
7.Abandonada						
8.Débil						
9.Segura						
10. Independiente						
11.Desolada (solitaria)						

12.Tensa						
13.Contenta						
14.Orgullosa						
15.Abandonada						
16.Serena						
17.Relajada						
18.Feliz						
¿Cómo siente que se sentirá durante el trabajo de parto y nacimiento?						
19.Pánico						
20.Desesperación						
21.Nostálgica						
22.Confianza en ti misma						
23.Confianza en general						
24.Dolor						
¿Qué cree que sucederá cuando el trabajo de parto esté en su momento más intenso?						
25. Mal portada						
26.Dejar pasar (todo pasa)						

27.Pérdida de control						
¿Cómo imagina que se va a sentir en el exacto momento en que nazca el bebé?						
28.Divertida						
29.Natural						
30.Obvia						
31.Peligroso						
Ha tenido, durante el último mes, fantasías sobre el trabajo de parto o nacimiento, por ejemplo...						
Sensación	0=Nunca	1	2	3	4	5= Muy seguido
32.Muerte del bebé						
33.Lesión del bebé						

Apéndice B

¿Cómo piensa que su trabajo de parto y nacimiento se desarrollo en conjunto?						
1. Absolutamente fantástico 0 1 2 3 4 5 Nada fantástico						
2. Absolutamente espantoso 0 1 2 3 4 5 Nada espantoso						
¿Cómo siente que se sintió en general durante el trabajo de parto y nacimiento?						
Sensación	0=Extremadamente	1	2	3	4	5=

						Para nada
3.Sola						
4.Fuerte						
5.Segura						
6.Miedo						
7.Abandonada						
8.Débil						
9.Segura						
10. Independiente						
11.Desolada (solitaria)						
12.Tensa						
13.Contenta						
14.Orgullosa						
15.Abandonada						
16.Serena						
17.Relajada						
18.Feliz						
¿Qué sintió durante el trabajo de parto y nacimiento?						
19.Pánico						

20.Desesperación						
21.Ansiosa por el bebé						
22.Confianza en ti misma						
23.Confianza en general						
24.Dolor						
¿Qué sucedió cuando el trabajo de parto estuvo en su momento más intenso?						
25. Mal portada						
26.Dejar pasar (todo pasa)						
27.Pérdida de control						
¿Qué sintió en el exacto momento en que nació el bebé?						
28.Divertida						
29.Natural						
30.Obvia						
31.Peligroso						
Durante el trabajo de parto/nacimiento, tuvo fantasías de por ejemplo...						
Sensación	0=Nunca	1	2	3	4	5= Muy

						seguido
32.Muerte del bebé						
33.Lesión del bebé						

Datos personales

Edad	Ocupación	Estado civil	Escolaridad	Paridad	Edad gestación	Peso	Talla	PARTO/ CESAREA

Capítulo X. Abstract

Introduction: For some women, labor can suppose a threat of damage and pain, and can generate intense fear. This sensation of fear usually generated maternal psychological discomfort, so it is considered as a risk factor for diverse complications during labor.

Objective: To know whether fear of childbirth is associated to sociodemographic and obstetric factors in patients in third semester of pregnancy before and after labor.

Material and methods: Longitudinal, comparative, observational study. We performed surveys on pregnant patients. We evaluated fear of childbirth through the W-DEQ scale, and we addressed sociodemographic, obstetric factors and type of delivery. We compared the level of fear before and after labor and its relation to the beforementioned factors.

Results: We surveyed 205 women with a mean age of 23.1 ± 5.9 years, 56.1% were nuliparous. The prevalence of severe fear of childbirth was 0.5%. Independently of the type of delivery or previous labor, fear was lower after labor. Césarian delivery was associated to higher scores in the W-DEQ scale before and after childbirth, and previous labor was associated to lower W-DEQ score. We did not find an association between fear of childbirth and other factors.

Conclusions: The prevalence of fear of childbirth was low in our population. Fear of childbirth is lower after labor. Nuliparous and cesarian delivery was associated to higher fear of childbirth.

Keywords: Fear of childbirth; cesarian section; nuliparity

Capítulo XI. Resumen autobiográfico

Dra. Deniz Gabriela Zapata Sandoval

Candidata para el Grado de Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Tesis: Miedo al parto como factor de aumento en el índice de cesáreas. Un estudio transversal en el Hospital Universitario

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Nacida en Monterrey, Nuevo León, el 01 de julio de 1992, hija de Leonel Zapata Martínez y Claudia Gabriela Sandoval De Niz

Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León de la carrera Médico Cirujano y Partero en el año 2015